**介護保険住所地特例対象施設　入所　・　退所　連絡票**

　　年　　月　　日

富士吉田市長　様

施設名

に　入所

次の者が下記の施設　　　・　　しましたので連絡します。

を　退所

|  |  |
| --- | --- |
| 入所・退所年月日 | 年　　月　　日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 |  |  | |
| フ リ ガ ナ |  | 生年月日 |  |
| 氏　　 名 |  | 性　 別 |  |
| 入所前住所 | 〒 | | |
| 退所後住所※ |  | | |
| 退 所 理 由 | １　他の介護保険施設入所　　　２　死亡　　　３　その他 | | |

※死亡退所の場合は記載不要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保　険　者　名 | 富士吉田市 | 保険者番号 | １９２０２１ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　設 | 名　　称 |  |
| 電話番号 |  |
| 所 在 地 | 〒 |